Ueber das

primäre Lymphdrüsen-Carcinom.

Inaugural-Dissertation,

der

medicinischen Fakultät zu Würzburg vorgelegt

von

Dr. Carl Pfirsch.

Würzburg.
Druck von Carl Joseph Becker.
1860.

Herrn

Bezirksgerichts-Arzt Dr. Merk

in Schweinfurt

aus

Verehrung und Hochachtung

gewidmet

vom Verfasser.

Einleitung.

Wenn ich die „primäre, acute Lymphdrüsencarcinose zum Gegenstand meiner Inaugural-Dissertation mache, so geschieht dies hauptsächlich aus dem Grunde, weil ich in der medizinischen Klinik des Herrn Professor Bamberger im Würzburger Hospitale Gelegenheit hatte, einen derartigen eclatanten Fall zu sehen, der durch seinen rapiden Verlauf und das jugendliche Alter des Patienten besonders interessant, durch die genaue Untersuchung am Lebenden und die von Hrn. Professor Förster vorgenommene Section zu einem gerundeten Abschluss kam. Ausserdem aber bewegt mich die überaus grosse Seltenheit idiopathischer Lymphdrüsenkrebse, die dem Mangel an Litteratur darüber erklärlich und die Veröffentlichung notorischer Fälle wünschenswerth macht, dazu. Sollte es mir gelingen, durch meine Arbeit späteren Abhandlungen in diesem Gebiet einen kleinen Vorschub zu leisten, so wird dieselbe mich vollkommen für die darauf verwandte Zeit und Mühe entschädigen. Was die Litteratur, die ich benützte, betrifft, so hatte ich nicht nöthig, weiter als einige Jahrzehnte zurückzugehen, da vor dieser Zeit die Aufmerksamkeit der Aerzte noch nicht auf diese Art und Weise der

Krebserkrankung gerichtet war. Zur Vergleichung und Schlussfolgerung benutzte ich nur Fälle, wo mit Sicherheit primärer Lymphdrüsenkrebs anzunehmen war und aller Zweifel, dass es sich um secundäre Prozesse handle, beseitigt werden konnte. Dadurch und, da mir einige Werke nicht zu Gebot standen, ist die Zahl der Fälle eine ziemlich kleine; doch glaube ich, gerade durch genaue Sichtung am sichersten Falsches zu vermeiden.

Der Vollständigkeit halber und zur Vergleichung mit dem von uns beobachteten Falle, schicken wir das Wichtigste von Lebert's Beschreibung der krebsigen Lymphdrüsenaffection voraus.

Schwerlich sind je Lymphgefässe der primitive Sitz des Krebses, dagegen, wenn auch selten — die Lymphdrüsen; doch ist die secundäre Erkrankung derselben bedeutend häufiger.

Der primitive Drüsenkrebs beginnt unter der Form kleiner, schmerzloser, beweglicher, aber gewöhnlich schon von Anfang mehrfacher Geschwülste, welche, während 1—2 Jahren allmählich zunehmen. Bisweilen sind stechende Schmerzen vorhanden. Die höckerigen Geschwülste werden allmählich unbeweglich; die Haut verwächst mit ihrer Oberfläche. Oberflächliche Geschwülste haben meist Tendenz zur Ulceration. Ist diese eingetreten, so nehmen die Kräfte der Kranken rasch ab; sie bekommen ein bleiches, kachektisches Aussehen und verfallen in schnellen Marasmus, bald mit den Zeichen eines Gastro-Intestinal-Catarrhes, bald ohne funktionellen Störungen, ausser denen eines ausgedehnten Druckes durch

umfangreiche Geschwülste. Wenn dieser die Bronchien trifft, so sind Erstickungszufälle vorherrschend, wenn die venösen Gefässe — Oedeme, Anasarca, oder allgemeiner Hydrops. Der Tod kann durch allgemeine Erschöpfung erfolgen oder durch intercurrirende Krankheiten. Die Dauer differirt von 6 Monaten bis zu 2, selten 3 Jahren. Die Erkrankung wird vorzüglich in der 2ten Lebenshälfte beobachtet (40—50 Jahren). Milzhypertrophie fehlt gewöhnlich, zum Unterschied von Leucämie. —

Nur selten ist die Entfernung oberflächlicher, Funktionen beeinträchtigender Geschwülste mit dem Messer indicirt. Gewöhnlich sind Unterstützung der Kräfte, Narcotica zur Linderung der Schmerzen indicirt.

Um von primären Drüsenkrebs reden zu können, muss die Necroscopie entweder gar keine anderweitige Krebserkrankung auffinden, oder den Beweis für die secundäre Natur der übrigen Affectionen liefern. Zu letzteren gehört unser Fall. Ausser den Drüsen war auch die Milz, Pleura und Bindegewebe ergriffen. Die Anamnese ergiebt aber, dass die Krankheit mit Geschwülsten am Halse begonnen hat und dass Erscheinungen des Milz-Tumors erst sehr spät zu Tage traten; die primäre krebsige Erkrankung der Milz gehört ausserdem zu den grössten Seltenheiten; während einzelne Drüsen endlich schon Erweichungs Tendenz zeigten, bewies der Milztumor durch seine Härte seinen kürzeren Bestand. Schliesslich ist es einleuchtend, dass bei längerem Bestande von Drüsenkrebs nur in höchst seltenen Fällen anderweitige Krebsablagerungen nicht stattfinden und ist nach Allem die sekundäre Natur der oben genannten Krebsablagerungen nicht anzuzweifeln.

Beobachtung.

Johann Steinert, 18 Jahre alt, Schuster aus Lützendorf kam den 11ten Juli 1860 in das Würzburger Juliushospital wegen einer seit Februar bestehenden Geschwulst am Halse, Dyspnoe und allgemeinen Darniederliegens der Kräfte. Die Anamnese ergab, dass er bis zum 4ten Jahre mehrere schwere Krankheiten bestand. Näheres darüber war nicht zu erfahren. An Ausschlägen oder Drüsengeschwülsten will er in der Kindheit niemals gelitten haben. Seine Mutter starb vor 2 Jahren an Schwindsucht. Sein Vater lebt noch und erfreut sich einer guten Gesundheit. In der Jugend lebte Patient unter schlechten Verhältnissen, besonders, was Nahrung betrifft. Letztere besserte sich in etwas, als er zu einen Meister in die Lehre kam; dagegen war hier die Wohnung feucht und kalt. Die nächste Ursache seiner Erkrankung ist unbekannt. Schon seit einigen Jahren hatte er zwar seine gesunde Farbe verloren und ein gelbliches, fahles Aussehen bekommen; doch fühlte er sich nie krank. Fastnacht dieses Jahres entstand sehr rasch an der rechten Seite des Halses eine mit heftigen Schmerzen einhergehende Geschwulst, gegen welche er fruchtlos Kataplasmen anwandte. 14 Tage später zeigten sich auch am Unterkiefer und an der linken Seite des Halses ähnliche Geschwülste, ebenfalls von Schmerzen begleitet. Drüsenanschwellungen in der rechten Achselgrube fallen ungefähr in derselben Zeit. Gegen Ende des Monat's März traten über dem Sternum und der Clavicula Geschwülste auf, welche Dyspnoe und Dysphagie setzten, so dass Patient oft nur sehr wenig Nahrung zu sich nehmen konnte. Seit Anfang Mai begann Husten. Einige Wochen später zeigten sich end-

lich auch in der linken Achselhöhle und an der entsprechenden Seite des Unterleibes Geschwülste. Erstere waren meist, letztere nie schmerzhaft und hatte schlechtes Wetter eine Vermehrung, gutes eine Verminderung der Schmerzhaftigkeit zur Folge. Die Schmerzen waren reissend, lancinirend, continuirlich. Vom Beginne der Krankheit an war Schwäche zugegen, Abmagerung trat im Verlaufe hinzu. Der Appetit war gut; Stuhl regelmässig. Brechen nicht vorhanden. Im Juni zeigte sich Anschwellung des rechten Oberarms. Die Nachtruhe war seit Ende März durch Dyspnoe, selbst Suffocationsgefahr gestört. Dazu kamen sehr ermattende Nachtschweisse. Der Urin wurde angeblich in gleicher Menge wie früher abgesondert.

Aeussere Untersuchung.

Sehr beträchtliche Abmagerung, Haut in hohen Falten aufhebbar, ganz blass, ohne merkliche Temperaturerhöhung. Die Venen stark entwickelt. Zahnfleisch und Conjunctiva blass. Zunge etwas trocken. Rechte Pupille etwas weiter. Keine Sinnesstörung, kein Kopfschmerz oder Schwindel. Gesicht difform. Parotiden — Submaxillar- und seitliche Halsgegend mit stark hervorragenden Geschwülsten besetzt. Auf der rechten Halsseite waren sie gross, unregelmässig geformt, mit gespannter, glänzender Haut, die stark entwickelte Venen zeigte, überzogen, stellenweise hart, stellenweise weich anzufühlen. Das Zellgewebe in der Umgebung infiltrirt.

Geschwulst unverschiebbar. In der Submaxillargegend und der linken Halsseite ähnliche, doch nicht so grosse, wenig verschiebbare Geschwülste. Ueber der Clavicula ähnliche, haselnussgrosse, wenig verschiebbare Geschwülste. Desgleichen in beiden Achselhöhlen grössere, harte, nur stellenweise, wie fluktuirende, unregelmässig geformte, rechts mehr unbewegliche, links mehr verschiebbare Geschwüste. Unterkiefer difform, schwer beweglich, ungefähr bis $^1/_2$'' vom Oberkiefer zu entfernen. Der rechte Arm angeschwollen. In der Acromialgegend noch einzelne kleinere Geschwülste und ein Strang gegen die Achsel hin. An den Wirbeln nichts Abnormes.

Thorax flach; die Hautvenen varicös. Unterhalb der Brustwarzen etwas stärkere Wölbung. Respiration beschleunigt, angestrengt, von Schnurren und Pfeifen im Larynx begleitet, mit den Brustmuskeln ausgeführt, ohne erhebliche Erweiterung des Thorax. Rechts oben der Schall gedämpft, auch unter der Clavicula (durch Geschwulstmassen.) Nach abwärts, heller, voller Schall, unten in gedämpften, tympanitischen übergehend. Links an der Spitze der Scapula Dämpfung. An den Lungenspitzen vom Larynx fortgeleitete Geräusche. Oben beiderseits bronchiales Athmen. Rechts unten scharfes, rauhes, vesiculäres Athmen. Links unten bronchiales Athmen, Stimmvibrationen überall stark, nur links unten schwach.

Herzdämpfung von der 3.—5. Rippe, vom linken Rand des Sternums bis nahe an die Papillarlinie. Zwischen der 4. und 3. linken Rippe vor der Brustwarze war der Herzstoss sicht- und fühlbar. Herztöne schwach, ohne Geräusch; der Puls = 118 Schläge in der Minute, klein, leicht unterdrückbar, an beiden a. a. radial. fühlbar.

Bauchdecken ziemlich gespannt. Inguinaldrüsen rechts etwas stärker, wie gewöhnlich. Abmagerung der

Extremitäten. Pulsation der A. a. crural. deutlich. Die linke regio hypochondriaca hervorgewölbt. Von der Medianlinie gegen den Processus xyphoideus und gegen die Lumbalgegend erstreckt sich eine knollige Geschwulst. Der untere Rand derselben ist stumpf, nach innen sich allmählich verlierend. Nach aufwärts verliert sie sich unter den Rippenbogen. Unter dem Processus xyphoideus ist ein Höcker auf der Geschwulst fühlbar; unter diesem ein seichter Eindruck. Ein 2ter Höcker ist gegen die Lumbalgegend gelegen. Der Tumor bewegt sich bei der Inspiration nach aufwärts, bei der Exspiration nach abwärts. Die Percussion zeigt Dämpfung von der linken 6ten Rippe (lin. axillaris) nach abwärts bis zur Spina ilei sich erstreckend, nach rechts in die Leberdämpfung übergehend; nach unten und innen im ganzen Bereiche der Geschwulst sich ausdehnend. Am übrigen Unterleibe tympanitischer Schall. Nach hinten erstreckt sich die Dämpfung nicht ganz bis an die Wirbelsäule. Zwischen dieser und der absoluten Dämpfung ist gedämpft tympanitischer Schall.

Harn gelblich, leicht trüb, mit schleimigen Sediment und ziemlich starkem Eiweissgehalte. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigt die farblosen Körperchen etwas vermehrt. Der Appetit ist gut; jedoch das Schlingen erschwert, besonders für feste Speisen. Stuhl regelmässig.

Diagnose.

Bezüglich der Diagnose des beschriebenen Krankheitsbildes konnten Drüsenhypertrophie und Leucämie, Drüsentuberculose oder Drüsenkrebs in Frage kommen. Gegen erstere sprach die rapide Entwicklung, die grosse Schmerzhaftigkeit, die stellenweise Erweichung und der bald eintretende Marasmus. Die Leucämie hatte wohl auf den ersten Blick viel Wahrscheinlichkeit für sich, besonders in der Form der lymphatischen; die enorme Vergrösserung der Lymphdrüsen, die Milzgeschwulst (denn als solche durfte man den Tumor unbedenklich deuten) schienen zu ihren Gunsten zu sprechen; doch war die Vermehrung der farblosen Blutkörperchen im Vergleich zur enormen Milz- und Drüsenvergrösserung eine zu unbeträchtliche; die Erweichung einzelner Drüsen sprach auch gegen Leucämie und so manche im Verlaufe aufzutreten pflegende Symptome, z. B. Blutungen, fehlten. Den Ausschlag aber gab die Auffindung isolirter Knoten an Stellen, wo keine Lymphdrüsen vorhanden sind (Acromialgegend). Dieser Grund konnte auch mit hoher Sicherheit gegen die Annahme einer Drüsentuberkulose geltend gemacht werden, gegen welche überdiess die von Anfang bestehende grosse Schmerzhaftigkeit der Tumoren und der überaus rasche Eintritt des Marasmus sprachen. Auf diese Art wurde die Diagnose zur Annahme einer multiplen Krebsablagerung hingeleitet, welche in den Lymphdrüsen des Halses begonnen, sich auf die benachbarten Organe ausgedehnt, dann Anlass zur krebsigen Infiltration eines ferner liegenden Organes, der Milz, und zur Krebsablagerung im Bindegewebe (Acromialgegend) Anlass gegeben habe. Der Einfluss der Krankheit auf die Gesammtconstitution

äusserte sich in der schnellen Herbeiführung eines hochgradigen Marasmus und colliquativen Schweissen. Die hervorragendsten localen Symptome betrafen den Druck auf die Trachea und Oesophagus. Daher Athem- und Schlingbeschwerden. Die Tracheostenose führte ein interessantes Phänomen herbei, nämlich das Aufwärtssteigen der Milzgeschwulst bei der Inspiration. Wir setzen diess gleich der bei hochgradiger Dyspnoe (durch Laryngo- oder Tracheostenose bei Croup, durch hochgradiges Emphysem etc.) zu beobachtenden inspiratorischen Einziehung des Epigastriums, welche sich aus der durch dyspnöische Zustände herbeigeführten Luftverdünnung innerhalb der Lungen erklärt, indem dann der äussere atmosphärische Druck überwiegend wird und bei jeder Inspiration den Unterleib eindrückt, und das Zwerchfell nach oben schiebt [1]). Ausser der Luftverdünnung mag auch zu berücksichtigen sein, dass bei gewaltsamer, durch die Dyspnoe angeregter Thätigkeit der Athemmuskeln und verhindertem Luftzutritte, das Aufsteigen des Zwerchfells bei der Inspiration erfolge, analog dem sogenannten Flankenschlagen bei Lungenatelektase der Kinder. Es würde den Zweck und die Gränzen dieser Schrift überschreiten, bei diesem interessanten Verhalten des Diaphragmas länger zu verweilen und will ich nur noch hinzufügen, dass nach den mikroscopischen Untersuchungen des Hrn. Professor Förster und Dr. Gerhardt, d. n. n. phrenici durch die Halsgeschwülste wohl gedrückt waren, aber keine Veränderung zeigten, die auf Lähmung schliessen liesse, und dass keine Degeneration des Zwerchfells vorhanden war.

Da die Prognose absolut lethal war, so war auch

---

[1]) Gerhardt, Stand des Diaphragmas p. 79.

der Spielraum für die Therapie ein geringer. Diese konnte nur die Erhaltung der Kräfte, um das lethale Ende möglichst lange hinauszuschieben, tendiren. Von diesem Standpunkte aus wurde tonisirende Kost und die Darreichung von Ferrum jodatum verordnet.

In den folgenden Tagen steigerte sich die Dyspnoe oftmals zu suffocativen Anfällen. Nach Anwendung von heissen Hand- und Fussbädern trat Erleichterung ein. Auch die Schlingbeschwerden steigerten sich zeitweise. Der Mund konnte nur wenig geöffnet werden. In den letzten Tagen stellten sich profuse Diarrhöen ein. Die Abmagerung machte rapide Fortschritte. Der Husten, besonders Nachts häufig, brachte eitrig-blutige Sputa zum Vorschein. Genauere Untersuchung der Brustorgane war wegen grosser Prostration nicht mehr möglich. Mehrmals traten Delirien auf. Am 27. VII. Nachmittag $2^3/_4$ Uhr trat das lethale Ende in Folge von Erschöpfung der Kräfte ein.

Section

den 28. Juli 1860. Körper in hohem Grade abgemagert. Am Halse, auf beiden Seiten, in der Axillargegend und längs der Clavicula zahlreiche grosse, vereinzelte oder Gruppen bildende, unter der Haut weit prominirende Geschwülste. Rechter Arm in hohem Grade ödematös. Im Zellgewebe zwischen Haut und Brustmuskeln zahlreiche, erbsen- bis haselnussgrosse Knötchen. Pectoralis major und minor mit zahlreichen, kleinen Krebsknoten

durchsetzt. In jeder Achselhöhle eine faustgrosse, umschriebene Geschwulst, welche sich unter die Clavicula erstreckt und mit den Halsgeschwülsten zusammenhängt. In den Eingang der Brusthöhle drängt sich von oben ein faustgrosser Krebsknoten herein, welcher Luftröhre, Oesophagus und die grossen Gefässe fest umschliesst. In der Pleura beider Lungen zahlreiche, kleine, flache, weisse Krebsknötchen. Einzelne Bronchialdrüsen angeschwollen und markig infiltrirt. Lungen ohne Krebsknoten, oben und vorne blutarm, unten und hinten hyperämisch, gleichmässig serös infiltrirt. Herz normal gross. Klappen und Wandungen ohne Veränderung. Im Herzbeutel einige Löffel seröser Flüssigkeit. Leber im rechten Lappen etwas vergrössert, vorderer Rand stark abgerundet; aus der Schnittfläche quillt eine grosse Menge dunklen Blutes hervor. Parenchym im höchsten Grade hyperämisch dunkel-braunroth, mit besonders dunkler Färbung der Centren der Läppchen. Die Milz bildet eine Geschwulst von 1′ Länge, $^1/_2$′ Breite und $^1/_3$′ Dicke. Parenchym sehr derb, fleischig, blutreich. In dem obern Ende der Milz ein faustgrosser, im untern ein Kindskopfgrosser Krebsknoten, dessen Saft durch Fettentartung grossentheils gelb gefärbt ist. Ausserdem sitzen an der Peripherie und am Hilus der Milz noch mehrere Tauben-Hühnereigrosse Knoten. Linke Niere etwas vergrössert. Parenchym blutarm, derb. An der Peripherie einige kleine seröse Cysten. Im Uebrigen mit blossen Auge keine Veränderung bemerkbar. Im Magen flüssige Speisereste. Schleimhaut stark gefaltet; Pylorustheil sehr blutreich; Cranium mässig dick. Pia mater blutarm, ödematös. In den Ventrikeln etwas mehr Serum, Gehirnsubstanz weich, blutarm, übrigens ohne Veränderung.

Microscopischer Befund ziemlich gleichmässig an verschiedenen Stellen. — Zellen klein. Inhalt granulirt, mit Fett reich durchsetzt, meistentheils in Fett verwandelt. Sparsames Stroma. Reichlicher Krebssaft. Viele nackte Kerne, grösstentheils fettig entartet. (Nach einer gütigen Mittheilung des Herrn Prof. Förster.)

Kritisches.

Der primitive Lymphdrüsenkrebs ist nach der Angabe aller Autoren selten, sowohl verglichen mit der Anzahl der Krebserkrankungen überhaupt, als mit der Zahl der secundären Lymphdrüsenkrebse.

Wir geben im Folgenden Zusammenstellungen einiger Autoren:

Lebert[1]) hatte unter 500 Krebskrankheiten überhaupt, vierzehn Fälle von primitivem Lymphdrüsenkrebs, d. i. 2,8%.

Noch seltener erscheint das Vorkommen der primären Lymphdrüsencarcinose bei Sibley[2]), dessen Beobachtungen aus dem Middlesenhospital stammen. Sibley hatte (nach Beobachtungen an Lebenden zusammengestellt) unter 520 Krebsfällen drei Fälle von primitiven Lymphdrüsenkrebs, d. i. 0,57%.

Wenn Sibley bloss jene Fälle zur Zählung benutzte, welche zur Section gekommen waren, bei denen

---

[1]) Virchow's Pathol. und Therapie Bnd. V. Abth. I.

[2]) Medic. chirurg. Transactions 1859. Bnd. 42, p. III.

also die Diagnose nicht mehr angezweifelt werden kann, so kommen auf 173 Krebsfälle zwei primäre Lymphdrüsenkrebse, was ein prozentarisches Verhältniss von 1,15 ergiebt, und auch dem Resultate von Lebert näher kömmt. Dass solche Zahlen nicht vollkommen übereinstimmen können, ist begreiflich, wenn man berücksichtigt, dass die Krebskrankheiten überhaupt, an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten auch verschieden häufig auftreten, und dass diess auch wohl für den primitiven Lymphdrüsenkrebs seine Gültigkeit hat.

Auffallend höher stellt sich das Verhältniss des secundären Lymphdrüsenkrebses heraus.

Sibley fand in den erwähnten 173 secirten Krebsfällen die Lymphdrüsen 44mal sicher, 12mal zweifelhaft ergriffen. Wenn wir nur die ersteren benutzen wollen, so ergiebt sich ein Verhältniss von 25,43%.

Willigk[1]), dessen Beobachtungen ebenfalls dem Leichentische entnommen sind, scheidet leider die primären Fälle nicht aus, und findet unter 172 Krebssectionen 54mal die Lymphdrüsen ergriffen, d. i. 31,39%.

In Bezug auf den Sitz idiopathischer Drüsencarcinose vertheilten sich die 14 Fälle Lebert's in der Art, dass:

In 6 Fällen die Halsdrüsen
„ 4 „ „ Weichen
„ 1 „ „ Achselgegend
„ 2 „ „ Abdominaldrüse
„ 1 „ „ Bronchial- und Mesenterial-Drüsen

ergriffen waren. Wenn wir in Bezug auf diese Frage mehrere aus der Litteratur gesammelte Fälle und den unsrigen zusammenstellen, so ergiebt sich Folgendes:

---

[1]) Prager Vierteljahrsschrift für proct. Heilkunde 1854, Bnd. 44.

Beer [1])		Leistendrüsen, Lumbaldrüsen, Drüsen um den Pancreas.
Stillwill [2]) . . .		Nackendrüsen.
Payet [3])		Nackendrüsen.
Tatum [4])		Halsdrüsen und Drüsen im Thorax.
Millner [5]) . . .		Hals- und Achseldrüsen Bronchialdrüsen, Mesenterialdrüsen, Pleura.
Butshar [6])	1. Fall 2. Fall	Achseldrüsen.
Willigk		Achseldrüsen, Ellbogenbeuge, Drüsen der Lungenpforte, Drüsen an beiden Seiten der Wirbelsäule, Pleura und Milz.
Unser Fall . . .		Hals-, Achsel-, Bronchial-, Medeastinaldrüsen, Bindegewebe, Pleura, Milz.

Von diesen 9 Fällen waren die ersten Drüsen, welche carcinomatös erkrankten:

In 3 Fällen die Halsdrüsen
„ 3 „ „ Achseldrüsen
„ 2 „ „ Nackendrüsen
„ 1 „ „ Leistendrüsen

Man ersieht ferner aus dieser Zusammenstellung, dass der Krebs in Einen Drüsenplexus isolirt bleiben kann (4 Fälle); dass er sich in andern Fällen auf an-

---

[1]) Beitrag zur Diagnostic dunkler Krankheitszustände. Oestreich. Wochenschrift 22—88 1845.

[2]) Medical Times und Gazette. April 1858.

[3]) Brit. med. Journal Sept. 12. 1857.

[4]) Brit. med. Journal Juni 20. 1857.

[5]) Krebs der Gekrösdrüsen. Tübingen 1856. Dissertation.

[6]) Dublin. Journal Nov. 56.

dere und zwar auch entfernt liegende Drüsen verbreiten kann (2 Fälle); endlich, dass er secundär auch andere Organe befällt, welche in keiner Contiguität mit der ursprünglich erkrankten Lymphdrüse stehen (3 Fälle). Von diesen letzteren Fällen möchten wir noch besonders den unsrigen und jenen von Willigk hervorheben und zwar wegen des Auftretens von secundären Krebs der Milz. Willigk erwähnt noch 2 Fälle von Lymphdrüsenkrebs, wo neben andern Organen auch die Milz carcinomatös entartet war. Da jedoch bei diesen das zuerst ergriffene Organ nicht angegeben ist, so wollen wir diese Fälle nicht weiter berücksichtigen. Krebs der Milz ist selbst als secundäre Ablagerung selten. Willigk fand in 172 Fällen ihn nur 8mal d. i. 0,4% und wir finden ihn in 9 Fällen von primitivem Lymphdrüsenkrebs 2mal als secundäres Produkt d. i. 22,2% da die Physiologie der Milz den Lymphdrüsen nahe stellt, da auch bei mehreren Krankheiten Milz und Lymphdrüsen gerne zusammen erkranken (z. B. bei Typhus, Leucämie), so wäre wohl auch für den idiopathischen Lymphdrüsen-Krebs ein ähnliches Verhältniss zu denken, wenn wir auch gerne gestehen, dass die Zahl unsrer Fälle zu klein ist, um hierüber etwas Positives aufstellen zu können. Jedenfalls verdienen diese Beziehungen berücksichtigt zu werden und haben, wie uns scheint, auch ein praktisches Interesse. Lebert giebt nämlich an, dass das Verhalten der Milz ein wichtiges diagnostisches Moment zur Unterscheidung des idiopathischen Lymphdrüsenkrebses von Leucämie biete, indem bei ersterem die Milzgeschwulst stets fehle. Durch unsere Beobachtung verliert dieses Unterscheidungsmerkmal bedeutend an Werth und bleibt in Fällen, wo die farblosen Blutkörperchen nicht auffallend vermehrt und nicht andere, der Leucämie zu-

kommende Symptome vorhanden sind, stets die Differentialdiagnose eine schwierige.

Was das Geschlecht betrifft, so stimmen die Angaben der Autoren wenig überein. Da aber die bekannt gemachten Beobachtungen nur eine geringe Anzahl betreffen, so sind solche Differenzen erklärlich. Lebert fand seine Fälle auf Männer und Weiber gleichmässig vertheilt, dessgleichen fand Willigk beide Geschlechter ganz gleichmässig betroffen; nämlich unter 54 Fällen 27 Männer und 27 Weiber. Stellen wir uns'ren Fall mit mehreren andern aus der Litteratur zusammen: (im Ganzen 6 Fälle: 2 von Butsher, 1 von Millner, von Willigk und von uns) so ergiebt sich ein beträchtliches Vorringen des männlichen Geschlechtes, nämlich 5 Männer und 1 Weib. Auch, wenn wir Sibley's Fälle noch hieher rechnen (1 Mann und 2 Weiber) so verhält sich noch das Befallensein des männlichen Geschlechtes zum weiblichen wie 1:2. bezüglich des Alters finden wir Folgendes:

Willigk's Fall betrifft eine 25jährige Näherin.
Butsher's 1. Fall betrifft einen 35jährigen Mann.
„ 2. „ „ „ 56 „ „
Millner's 2. „ „ „ 52 „ „
Beer's 2. „ „ „ 50 „ „
Unser Fall . . . . . 18 „ „
Willigk's allerdings mit Vorbehalt anzuführender 2. Fall einen 24jährigen Mann.

Jedenfalls stimmen diese Zahlen nicht mit den von Lebert (am Eingang) angegebenen Zahlen überein und ist eben von der Zukunft erst zu erwarten, diess Verhältniss fester zu bestimmen.

Ueber die Verbreitung des Lymphdrüsenkrebses gilt wohl dasselbe, wie über die Verbreitung des acuten Car-

cinoms, von dem Bamberger[1]) sagt: „Dieselbe ist höchst wahrscheinlich eine mechanische; wenigstens bleibt diese Annahme die natürlichste, wenn auch in einzelnen Fällen der mechanische Vorgang schwer zu erklären ist. Nicht befriedigend ist die Annahme einer Krebsdyscrasie.

---

[1]) Oestreichische Zeitschrift für pract. Heilkunde 1857, III. 8. 9.